

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Ginjal merupakan salah satu organ tubuh yang mempunyai fungsi utama, yaitu mempertahankan homostatis dalam tubuh sehingga terdapat keseimbangan optimal untuk kelangsungan hidup dan berlangsungnya fungsi sel. Ginjal mengeluarkan sisa metabolisme seperti urea, kreatinin, asam ureat dan zat kimia asing. Ginjal mempertahankan homeostasis dengan cara mengatur konsentrasi banyaknya konstituen plasma, terutama elektrolit, air, dan dengan mengestimasi zat-zat yang tidak diperlukan atau berlebihan di urin. Gagal ginjal dinyatakan terjadi jika fungsi kedua ginjal terganggu sampai pada titik ketika keduanya tidak mampu menjalani fungsi regulatorik dan ekskretorik untuk mempertahankan keseimbangan (Nabilla, dkk 2013).

Data dari *National Kidney and Urologic Disease Information Clearinghouse* (NKUDIC) pada akhir tahun 2009, prevalensi penderita penyakit ginjal stadium akhir di Amerika Serikat yaitu 1.738 penderita persatu juta penduduk dan 370.274 diantaranya menjalani hemodialisis. Di malaysia dengan populasi 18 juta, diperkirakan terdapat 1800 kasus baru gagal ginjal pertahunnya. Pada tahun 2010 mengalami peningkatan yang tinggi yaitu lebih dari dua juta orang yang menderita penyakit ginjal kronik (Rustina, 2012). Di negara berkembang lainnya, insiden ini

diperkirakan sekitar 40-60 kasus perjuta penduduk pertahun (Sudoyo, 2006).

Prevalensi penderita penyakit ginjal kronik berdasarkan *Indonesia Renal Registry* pada tahun 2008 yaitu sekitar 200-250 per satu juta penduduk dan yang menjalani hemodialisis mencapai 2.260 orang. Jumlah ini meningkat dari tahun sebelumnya. Adapun klien yang menggunakan pelayanan khusus pada tahun 2005 sebanyak 11.219 dan pada tahun 2007 bertambah menjadi 137.118 pasien. Di DKI Jakarta sendiri pasien yang menjalani hemodialisis sebanyak 17.815 pasien (Depkes RI, 2008). Data Depkes Provinsi D.I. Yogyakarta menyebut bahwa sepanjang tahun 2009 terdapat 461 kasus baru penyakit gagal ginjal kronik yang terbagi atas kota Yogyakarta 175 kasus, Kabupaten Bantul 73 kasus, Kabupaten Kulon Progo 45 kasus dan Kabupaten Sleman 168 kasus, serta pasien yang meninggal di kota Jogja 19 orang, Bantul 8 orang, Kulon progo 45 orang, Sleman 23 orang (Mayangsari, 2013).

Tindakan yang dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik adalah tindakan hemodialisis yaitu salah satu tindakan yang bertujuan untuk mengambil zat-zat nitrogen yang bersifat toksik dari dalam darah dan mengeluarkan air yang berlebih (Smeltzer dan Bare, 2001 dalam Nabilla, dkk, 2013). Hemodialisis merupakan terapi pengganti utama pada pasien gangguan ginjal kronik yang berlangsung seumur hidup, dahulu pasien gagal ginjal sudah ditakdirkan meninggal apabila semua metode

konserfatif gagal, tetapi sekarang hidup mereka mungkin masih dapat diperpanjang beberapa tahun lagi dengan pemeliharaan dialisis atau transplantasi ginjal. Pasien hemodialisa jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak biasa diramalkan dan gangguan dalam hidupnya. Mereka biasanya mengalami masalah finansial, kesulitan mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual, yang paling sering ditemui adalah masalah kecemasan dan depresi (Rustina, 2012).

Depresi merupakan masalah psikologis yang paling sering dihadapi oleh pasien penyakit ginjal kronik dan yang menjalani hemodialisis. Depresi yang paling sering muncul pada pasien-pasien dialisis adalah, anhedonia, perasaan sedih, tidak berguna, merasah bersalah, putus asa, gangguan tidur, diikuti dengan nafsu makan menurun, dan libido menurun, dalam jurnal Suryaningsih, dkk, 2010. Prevalensi pasien penyakit ginjal kronik yang mengalami depresi berat sebanyak 24 orang (35,82%) , dengan rincian tingkat depresi ringan sebanyak 19 orang (28,36%), depresi sedang sebanyak 3 orang (4,48%) dan depresi berat sebanyak 2 orang (2,98%) (Rustina, 2012). Indonesia sendiri, sebuah penelitian dari Universitas Indonesia menemukan bahwa prevalensi depresi pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis mencapai 31,1% dan sebagian besar komponen kualitas hidup mereka lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak menderita depresi (Suryaningsih, dkk 2013).

Kualitas hidup pasien seharusnya menjadi perhatian penting bagi para profesional kesehatan karena dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan atau intervensi dan terapi di samping itu, data tentang kualitas hidup juga dapat merupakan data awal untuk pertimbangan merumuskan intervensi atau tindakan yang tepat bagi pasien. Harapan hidup pasien dengan penyakit ginjal kronik meningkat pada dekade terakhir dengan adanya peningkatan teknik dialisis. Namun, dialisis tidak sepenuhnya mengembalikan kualitas hidup penderita seperti semula. Walaupun dialisis berkala mencegah kematian akibat uremia, rendahnya harapan hidup pasien masih menjadi suatu permasalahan. Saat terapi pengganti ginjal sudah dimulai, rentang harapan hidup pasien adalah sekitar 8 tahun (tergantung ras) untuk pasien dialisis berumur 40 sampai 44, dan sekitar 4,5 tahun untuk pasien yang berumur 60 sampai 64 tahun. Penurunan kualitas hidup terlihat jelas pada kelompok pasien yang telah menjalani hemodialisis dalam waktu yang lama. Kelompok pasien ini mengeluhkan banyak permasalahan yang terkait dengan kesempatan beraktivitas, beban biaya yang dikeluarkan, beban pembatasan konsumsi cairan, dan bahkan pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan (Nabilla, dkk, 2010).



Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada (tanggal 28,29,30) Januari 2014. Data pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis rutin di RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2014 sebanyak 156 orang dan dari 10 responden didapatkan hasil 5 orang mengalami depresi dan 5 orang tidak mengalami depresi dan dari 10 orang tersebut yang mengalami kualitas hidup kurang baik yaitu 8 orang sedangkan yang mengalami kualitas hidup baik 2 orang (RSUD Panembahan Senopati Bantul, 2014).

Berdasarkan latar belakang mengenai tingkat depresi pada pasien hemodialisa dan dampaknya terhadap kualitas hidup maka peneliti tertarik melakukan penelitian mengenai hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Panempahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui tingkat depresi pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Panempahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014.
- b. Untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Panempahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014.
- c. Menganalisis adanya hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta Tahun 2014.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Manfaat teoritis**

Secara teoritis hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

## **2. Manfaat Praktis**

### **a. Bagi Tenaga Keperawatan**

Dapat dijadikan sebagai bahan tambahan untuk membantu dalam melakukan tindakan keperawatan pada pasien depresi dengan penyakit gagal ginjal yang menjalani hemodialisis.

### **b. Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun program pembelajaran tentang program-program perbaikan penyakit gagal ginjal kronik.

### **c. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Dapat dijadikan sebagai bahan dasar untuk penelitian tentang masalah penyakit gagal ginjal kronik.

### **d. Bagi Peneliti**

Dari hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan bagaimana kejadian depresi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.

### E. Keaslian Penelitian

1. Rustina, dkk (2012), meneliti Gambaran Tingkat Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis di RSUD Dr Soedarso Pontianak Tahun 2012. Penelitian ini merupakan penelitian survei deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa Subjek yang tidak mengalami depresi sebanyak 43 orang (64,18%) dengan rincian depresi ringan sebanyak 19 orang (28.36%), depresi sedang sebanyak 3 orang (4.48%), dan depresi berat sebanyak 2 orang (2.98%). Persamaan penelitian Rustina dengan penelitian yang diteliti adalah variable bebas (depresi). Perbedaan penelitian Rustina dengan penelitian yang akan diteliti adalah teknik rancangan penelitian, pengambilan sampel, variable terikat, lokasi penelitian, waktu penelitian subjek penelitian.
2. Nabilla, dkk (2013), meneliti Hubungan Tindakan Hemodialisa Dengan Tingkat Depresi Klien Penyakit Ginjal Kronik di RSUP Prof Dr Kandou Manado. Penelitian ini menggunakan metode pendekatan *deskriptif dan analitik* dengan menggunakan desain *Cross Sectional study*. Hasil penelitian ini didapatkan ada hubungan tindakan hemodialisa dengan tingkat depresi klien penyakit ginjal kronik, sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki, dan dilihat dari distribusi pekerjaan, sebagian besar bekerja. Pada penelitian ini

responden yang paling banyak mengalami depresi adalah responden yang baru pertama kali menjalani tindakan hemodialisa. Persamaan penelitian Nabilla dengan penelitian yang akan diteliti adalah rancangan penelitian (*cross sectional*). Perbedaan penelitian Nabilla dengan penelitian yang akan diteliti adalah variable terikat (kualitas hidup), metode penelitian (*purposive sampling*), lokasi penelitian, waktu penelitian, subjek penelitian.

3. Suryaningsih, dkk (2013), meneliti Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Depresi Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Ruangan Hemodialisa Blu RSUP Prof Dr.RD.Kandou Manado. Penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectional study*. Hasil penelitian ini didapatkan ada hubungan bermakna antara hubungan dukungan keluarga dengan depresi pada pasien penyakit ginjal kronik di ruangan hemodialisa di RSUP Prof.Dr.RD Kandou Manado. Persamaan penelitian Suryaningsih dengan penelitian yang akan diteliti adalah variable terikat (depresi), rancangan penelitian (*cross sectional study*). Perbedaan pada penelitian Suryaningsih dengan penelitian yang akan diteliti variabel bebas (kualitas hidup), lokasi penelitian, subjek penelitian dan tempat penelitian.

## **BAB II**

### **A. Telaah Pustaka**

#### **1. Penyakit Ginjal Kronis**

##### **a. Definisi Gagal Ginjal Kronik (GGK)**

Gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Selanjutnya, gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap, berupa dialysis atau transplantasi ginjal (Sudoyo, 2006).

Suwitra (2006) menyebutkan bahwa gagal ginjal kronik adalah suatu proses patofisiologis dengan penyebab yang beragam, sehingga ginjal mengalami penurunan fungsi secara progresif dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Gagal ginjal kronik adalah ketidakmampuan ginjal untuk mempertahankan keseimbangan dan integritas tubuh yang muncul secara bertahap sebelum terjun ke fase penurunan faal ginjal terhadap akhir atau dapat diartikan pula sebagai semua faal ginjal secara bertahap, diikuti penimbunan sisa metabolisme protein dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit (Sukandar, 2006).

Gagal ginjal kronis (GGK) atau penyakit ginjal tahap akhir merupakan gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. Menyebabkan *uremia* (retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah (Smeltzer dalam Wijaya dan Yessie, 2010).

#### **b. Etiologi Penyakit Gagal Ginjal kronik**

Menurut Price dan Wilson, Brenner dan Lazarus dalam Wijaya dan Yessie(2010) penyebab penyakit ginjal stadium terminal yang paling banyak di *New England* adalah sebagai berikut :

- 1) Glomerulonefritis kronik (24%)
- 2) Nefropati diabetik (15%)
- 3) Nefrosklerosis hipertensif (9%)
- 4) Penyakit ginjal polikistik (8%)
- 5) Pielonefritis kronis dan nefritis interstisial lain (8%)

Menurut Suwitra (2006) etiologi penyakit ginjal kronik sangat bervariasi antara satu Negara dengan Negara lain antara lain sebagai berikut :

Tabel 2.1 Penyebab utama penyakit gagal ginjal kronik di Amerika

No	Penyebab	Insiden
1	Diabetes Melitus	44%
2	Hipertensi dan penyakit pembuluh darah besar	27%
3	Glomerulonephritis	10%
4	Nefritits interstitialis	4%
5	Kista dan penyakit bawaan lain	3%
6	Penyakit sistemik	2%
7	Neoplasma	2%
8	Tidak diketahui	4%
9	Penyakit lain	4%

Tabel 2.2 penyebab utama penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Indonesia

No	Penyebab	Insiden
1	Glomerulonefritis	25%
2	Diabetes mellitus	23%
3	Hipertensi	20%
4	Ginjal polikistik	10%

### c. Klasifikasi Gangguan Ginjal Kronik

Menurut Wijaya dan Yessie ( 2013), gagal ginjal kronik dibagi atas 3 stadium :

- 1) Stadium 1 : penurunan cadangan ginjal, pada stadium kadar kreatinin serum normal dan penderita asimtomatik.
- 2) Stadium 2 : insufisiensi ginjal, dimana lebih dari 75 % jaringan telah rusak, *Blood Urea Nitrogen* (BUN) meningkat, dan kreatinin serum meningkat.
- 3) Stadium 3 : gagal ginjal stadium akhir atau uremia.



Tabel 2.3 Kalsifikasi sebab-sebab gagal ginjal kronik

No	Klasifikasi penyakit	Penyakit
1	Penyakit infeksi dan peradangan	Pielonefritis kronik Glomerulonefritis
2	Penyakit vaskuler hipertensif	Nefroklerosis benigna Nefroklerosis maligna Stenosis arteri renalis
3	Gangguan jaringan penyambung	Lupus eritematosus sistemik Poliarthritis nodus Sklerosis sistemik progresif
4	Gangguan congenital dan hereditas	Penyakit ginjal polikistik Asidosis tubulus ginjal
5	Penyakit metabolic	Diabetes mellitus Gout disease Hiperparatiroidisme
6	Nefropati toksik	Penyalahgunaan analgesik Nefropati timbale
7	Nefropati obstruktif	Saluran kemih bagian atas : kalkuli, neoplasma, fibrosis dan retroperineal. Saluran kemih bagian bawah : hipertropi prostat, striktur uretra, anomaly leher kandung kemih dan uretra.

#### d. Patofisiologi

Pada waktu terjadi kegagalan ginjal sebagian nefron (termasuk glomerulus dan tubulus) diduga utuh sedangkan yang lain rusak (hipotesis nefron utuh). Nefron-nefron yang utuh hipertrofi dan memproduksi volume filtrasi yang meningkat disertai reabsorpsi walaupun dalam

keadaan penurunan GFR atau daya saring. Metode adaptif ini memungkinkan ginjal untuk berfungsi sampai 3/4 dari nefron-nefron rusak. Beban bahan yang harus dilarut menjadi lebih besar daripada yang bisa direabsorpsi berakibat diuresis osmotik disertai poliuri dan haus. Selanjutnya karena jumlah nefron yang rusak bertambah banyak oliguri timbul disertai retensi produksi sisa. Dimana timbulnya gejala-gejala pada pasien menjadi lebih jelas dan muncul gejala-gejala khas kegagalan ginjal bila kira-kira fungsi ginjal telah hilang 80% - 90%. Pada tingkat ini fungsi renal yang demikian nilai kreatinin turun sampai sampai 15 ml/ menit atau lebih rendah, Barbara C Long dalam (Wijaya dan Yessie, 2010).

Fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein (yang normal diekskresikan ke dalam urin) tertimbun kedalam darah. Terjadi uremia dan mempengaruhi setiap sistem tubuh. Semakin banyak timbunan produk sampah maka gejala akan semakin berat. Banyak gejala uremia membaik setelah dialisis. Brunner dan Suddarth dalam (Wijaya dan Yessie, 2010).

#### **e. Penatalaksanaan**

Perencanaan tatalaksana penyakit ginjal kronik sesuai derajat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.4 Rencana tatalaksana penyakit ginjal kronik sesuai derajatnya  
(Suwitra, 2006 )

<b>Derajat</b>	<b>LFG (mL/menit/73m)</b>	<b>Rencana tatalaksana</b>
I	$\geq 90$	Terapi penyakit dasar, kondisi komorbid, evaluasi pemburukan, fungsi ginjal, memperkecil resiko kardiovaskuler
II	60-89	Menghambat pemburukan fungsi ginjal
III	30-59	Evaluasi dan terapi komplikasi
IV	15-29	Persiapan terapi pengganti ginjal
V	$< 15$	Terapi pengganti ginjal/hemodialisia

Terapi pada pasien penyakit ginjal kronik terdiri dari terapi farmakologis dan terapi pengganti ginjal. Terapi farmakologis ini bertujuan untuk mengurangi hipertensi intraglomerulus. Pemakaian obat anti hipertensi, disamping bermanfaat untuk memperkecil resiko kardiovaskuler juga sangat penting untuk memperlambat pemburukan kerusakan nefron dengan mengurangi hipertensi intraglomerulus dan hipertrofi glomerulus. Beberapa studi membuktikan bahwa pengendalian tekanan darah mempunyai peran yang sama pentingnya dengan pembatasan asupan protein, dalam memperkecil hipertensi antglomerulus dan hipertrofi glomerulus. Disamping itu sasaran terapi glomerulus sangat terkait dengan derajat proteinuria. Saat ini diketahui secara luas bahwa proteinuria merupakan faktor resiko terjadinya

pemburukan fungsi ginjal, dengan kata lain derajat proteinuria berkaitan dengan proses pemburukan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik (Suwitra, 2006).

#### f. Komplikasi

Gagal ginjal kronik mengakibatkan komplikasi yang manifestasinya sesuai dengan derajat penurunan fungsi ginjal (Suwitra, 2006)

Tabel 2.5 komplikasi penyakit ginjal kronik

<b>Derajat</b>	<b>Penjelasan</b>	<b>LFG</b>	<b>Komplikasi</b>
1	Kerusakan ginjal LFG normal	$\geq 90$	-
2	Kerusakan ginjal LFG ringan	60-89	Tekanan darah mulai meningkat
3	Penurunan LFG	30-59	Hiperfosfatemia sedang anemia Hiperparatiroid hipertensi
4	Penurunan LFG	15-29	Malnutrisi berat asidosis metabolik hiperkelema dyslipidemia
5	Gagal ginjal	$<15$	Gagal jantung uremia

## 2. Hemodialisa

### a. Definisi Hemodialisa

Hemodialisis adalah proses pembuangan zat-zat sisa metabolisme, zat toksik lainnya melalui membran semi permeabel sebagai pemisah antara darah dan cairan diaksat yang sengaja dibuat dalam dialyzer. Hudak dan Gallo dalam (Wijaya dan Yessie, 2010).

Hemodialisa merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir *atau end stage renal disease* (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen (Suryanto dan Madjid, 2009).

Menurut Wijaya dan Yessie (2010), Hemodialisa adalah terapi pengganti pada gagal ginjal terminal dengan mengalirkan darah kedalam suatu zat yang terdiri dari 2 kompartemen yaitu :

- 1) Kelompok darah yang didalamnya mengalir darah dibatasi oleh selaput semipermeabel buatan.
- 2) Kompartemen yang berisi cairan dialisis bebas pirogen berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal.

**b. Kontra Indikasi**

Menurut Wijaya dan Yessie (2010), kontra indikasi pada pasien gagal ginjal kronik antara lain sebagai berikut :

- 1) Hipertensi berat (TD > 200 / 100 mmhg).
- 2) Hipotensi (TD < 100 mmhg).
- 3) Adanya perdarahan hebat.
- 4) Demam tinggi.

**c. Komplikasi**

Meskipun hemodialisis dapat memperpanjang usia tanpa batas yang jelas, tindakan ini tidak akan mengubah perjalanan alami penyakit ginjal yang mendasari dan juga tidak akan mengendalikan seluruh fungsi ginjal. Pasien tetap akan mengalami sejumlah permasalahan dan komplikasi.

Menurut Suharyanto dan Madjid (2009), Salah satu penyebab kematian diantara pasien-pasien yang menjalani hemodialisis kronis adalah sebagai berikut :

- 1) Penyakit kardiovaskuler arteriosklerotik.
- 2) Gangguan metabolisme lipid (hipertrigliseridemia).
- 3) Gagal jantung kongestif.
- 4) Penyakit jantung koroner.
- 5) Nyeri angina pectoris.
- 6) Stroke.

7) Insufisiensi vaskuler perifer.

#### **d. Prinsip Hemodialisa**

##### **1) Difusi**

Dihubungkan dengan pergeseran partikel-partikel dari daerah konsentrasi tinggi ke konsentrasi rendah oleh tenaga yang ditimbulkan oleh perbedaan konsentrasi zat-zat terlarut di kedua sisi membran dialisis, difusi menyebabkan pergeseran urea, kreatinin dan asam urat dari darah klien ke larutan dialisat.

##### **2) Osmosis**

Mengangkut pergeseran cairan lewati membran semi permeabel dari daerah yang kadar partikel-partikel rendah ke daerah yang kadar partikel lebih tinggi, osmosis bertanggung jawab atas pergeseran cairan dari klien terutama pada.

3) Ultrafiltrasi terdiri dari pergeseran cairan lewat membran semi permeabel dampak dari bertambahnya tekanan yang dideviasikan secara buatan.

#### **e. Peralatan**

##### **a. Dialiser atau ginjal buatan**

Komponen ini terdiri dari membran dialiser yang memisahkan kompartemen darah dan dialisat. Dialiser bervariasi dalam ukuran, struktur fisik dan tipe membran yang digunakan untuk

membentuk kompartemen darah. Semua faktor ini menentukan potensi efisiensi dialiser, yang mengacu pada kemampuannya untuk membuang air (ultrafiltrasi) dan produk-produk sisa (klirens).

b. Dialisat atau cairan dialysis

Dialisat atau “*bath*” adalah cairan yang terdiri atas air dan elektrolit utama dari serum normal. Dialisat ini dibuat dalam sistem bersih dengan air keran dan bahan kimia disaring. Bukan merupakan sistem yang steril, karena bakteri terlalu besar untuk melewati membran dan potensial terjadinya infeksi pada pasien minimal. Karena bakteri dari produk sampingan dapat menyebabkan reaksi pirogenik, khususnya pada membran permeabel yang besar, air untuk dialisat harus aman secara bakteriologis. Konsentrat dialisat biasanya disediakan oleh pabrik komersial. Bath standar umumnya digunakan pada unit kronis, namun dapat dibuat variasinya untuk memenuhi kebutuhan pasien tertentu.

c. Sistem pemberian dialisat

Unit pemberian tunggal memberikan dialisat untuk satu pasien, sistem pemberian multiple dapat memasuk sedikitnya sedikitnya untuk 20 unit pasien. Pada kedua sistem, satu alat pemberian proporsi otomatis dan alat pengukur serta



pemantauan menjamin dengan tepat kontrol rasio konsentrat air .

d. Asesoris peralatan

Piranti keras yang banyak digunakan pada sistem dialisis meliputi pompa darah, pompa infus untuk pemberian heparin, alat monitor untuk pendeteksi suhu tubuh bila terjadi ketidakamanan, konsentrasi dialisat, perubahan tekanan, udara, dan kebocoran darah.

e. Komponen manusia

f. Pengkajian dan penatalaksanaan

### **3. Depresi**

#### **a. Definisi Depresi**

Menurut Hawari (2008), depresi merupakan masalah kesehatan jiwa yang utama. Hal ini amat penting karena orang dengan depresi produktifitasnya akan menurun dan ini amat buruk akibatnya bagi suatu masyarakat, bangsa dan Negara yang sedang membangun. Orang yang mengalami depresi adalah orang yang amat menderita. Depresi adalah penyebab utama tindakan bunuh diri, dan tindakan ini menduduki urutan ke enam dari penyebab kematian utama di Amerika Serikat.

Menurut Pranowo (2004), Depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective mood disorder*), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, prasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya.

#### **b. Etiologi Depresi**

Menurut Pranowo(2004), sulit menemukan penyebab depresi karena ada sejumlah penyebab dan mungkin beberapa diantaranya bekerja pada saat yang sama. Namun dari sekian banyak penyebab dirangkum sebagai berikut :

- 1) karena kehilangan, empat faktor utama yang mendasari depresi pada kehilangan yaitu : pertama: kehilangan abstrak, kehilangan harga diri, kasih sayang, harapan atau ambisi. Kedua : kehilangan sesuatu yang kongkrit : rumah, mobil, orang atau bahkan binatang kesayangan. Ketiga : kehilangan hal yang bersifat khayal : tanpa fakta tapi mungkin ia merasa tidak disukai atau dipergunjingkan orang. Keempat : kehilangan sesuatu yang belum tentu hilang : menunggu hasil tes kesehatan, menunggu ujian.

- 2) Reaksi terhadap stres telah ditemukan bahwa 85% depresi ditimbulkan oleh stres dalam hidup.
- 3) Terlalu lelah atau capek hal ini terjadi karena pengurusan tenaga baik secara fisik maupun emosional.
- 4) Gangguan atau serangan dari kuasa kegelapan
- 5) Reaksi terhadap obat

### c. Gejala Klinis Depresi

Yosep (2007), mengatakan bahwa depresi timbul karena ketidakmampuan seseorang mengadakan adaptasi dan menggulangi stressor psikososial. Stressor psikososial tersebut dapat berupa perkawinan, problem, orang tua, hubungan interpersonal, pekerjaan, lingkungan hidup, hukum perkembangan, penyakit fisik atau cedera, factor keluarga, dan lain-lain.

Menurut LaHaye dalam Josep (2009), penyebab utama depresi ialah rasa mengasihani diri sendiri yang hanya dapat diatasi dengan reaksi pikiran yang sebagaimana mestinya. Adapun ciri khas dari jenis depresi antara lain sebagai berikut :

Tabel 2.6 penyebab utama depresi Josep (2009).

	<b>Rasa kecil hati (ringan)</b>	<b>Murung (serius)</b>	<b>Putus asa (akut)</b>
Mental	Meragukan diri sendiri Kesal Mengasihi diri	Mencelah diri sendiri Marah Mengasihi	Menolak diri sendiri Gelir Mengasihi

	sendiri	diri sendiri	diri sendiri
Fisik	Kehilangan selera makan Kurang tidur Tak peduli pada penampilan	Acuh tak acuh Hipokondria Sering menangis	Menarik diri Pasif <i>Catatonia</i>
Emosional	Merasa tidak puas Sedih Lekas marah	Strees Berduka Kesepian	Putus asa Skizofrenia Merasa diabaikan
Spiritual	Meragukan kehendak tuhan Tidak senang dengan keinginan tuhan Tidak bersyukur Tidak percaya	Marah terhadap takdir tuhan Menolak keinginan tuhan Melawan ketentuan tuhan	Kesal ketetapan tuhan Melalaikan perintah tuhan Mengingat tuhan

Menurut Hawari(2008), gejala klinis depresi secara lengkap adalah sebagai berikut :

- 1) Afek disforik, yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat, dan merasa tidak berdaya.
- 2) Prasaan bersalah, berdosa, dan penyesalan.
- 3) Nafsu makan menurun.
- 4) Berat badan menurun.
- 5) Konsetrasi dan daya ingat menurun.

- 6) Gangguan tidur, insomnia (sukar atau tidak dapat tidur) atau sebaiknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Gangguan ini sering kali disertai dengan mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan, misalnya mimpi orang yang menyenangkan.
- 7) Agitasi atau retardasi psikomotor (gaduh gelisah atau lemak tak berdaya).
- 8) Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak suka lagi melakukan hobi, kreativitas menurun, produktifitas juga menurun.
- 9) Gangguan seksual (libido menurun).
- 10) Pikiran-pikiran tentang kematian, bunuh diri.

Menurut Pranowo (2004), pada umumnya penderita depresi dapat dikenali melalui beberapa gejala misalnya :

- 1) Secara fisik mereka mengalami beberapa gangguan seperti : gerakan menjadi lambat, tidur tidak nyenyak, nafsu makan jadi menurun, atau bahkan meningkat, gairah seksual menurun bahkan hilang sama sekali, pusing, mulut kering jantung berdebar.
- 2) Kehilangan perseptif dalam hidupnya. Pandangan terhadap hidup, pekerjaan dan keluarga menjadi kabur.

- 3) Perasaan yang berubah-ubah dan sulit dikendalikan. Berbagai perasaan seperti putus asa, kehilangan harapan, sedih, cemas, rasa bersalah, apatis, rasa marah sering muncul tak menentu, menciptakan suasana hampa dan mati.
- 4) Beberapa gejala psikologis seperti kehilangan harga diri, menjauh diri dari orang lain karena takut ditolak atau takut tanpa alasan dan ingin melarikan diri dari masalah atau hidupnya sendiri, sering menjadi peka secara berlebihan.
- 5) Pikiran dilusi. Pada depresi sangat parah muncul pikiran-pikiran yang bisa merugikan misalnya : “orang akan membunuh saya”, “seseorang akan meracuni saya”.

#### **d. Alat Ukur Derajat Depresi**

Untuk mengetahui sejauh mana derajat depresi seseorang apakah ringan, sedang, atau berat sekali, dengan menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan nama skala *depression geriatric (yesavage)* antara lain sebagai berikut :

Tabel 2.7 Adapun hal-hal yang dinilai dalam alat ukur *depressiongeriatric (yesavage)* sebagai berikut :

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Nilai
1	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?			
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda ?			
3	Apakah anda merasa bahwa hidup anda kosong ?			
4	Apakah anda sering merasa bosan ?			
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat ?			
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk terjadi pada anda ?			
7	Apakah anda merasa bahagia disebagian besar hidup anda ?			
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya ?			
9	Apakah anda merasa senang tinggal dirumah daripada pergi ke luar dan mengerjakan sesuatu yang baru ?			
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingin kebanyakan orang ?			
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan ?			
12	Apakah anda merasa			

	tidak berharga ?
13	Apakah anda merasa penuh semangat ?
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan ?
15	Apakah anda pikir orang lain lebih baik keadaannya daripada anda ?

Menurut Jhon E (2000) yang dikutip oleh Departement Gerontik-Jiwa, (2013). Alat ukur ini terdiri dari 15 pertanyaan kelompok gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (*score*) dan jika jawaban No 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15 menjawab “ya” akan diberikan nilai “1” sedangkan jawaban No 1,5,7,11,13, menjawab “tidak” maka akan diberikan nilai “0” maka *score* nilai antara lain sebagai berikut :

Nilai            0-5 = Normal  
                      6-15 = Depresi

#### 4. Kualitas hidup

##### a. Definisi Kualitas hidup

Menurut WHO kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup, ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal, dan hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka.



kualitas hidup merupakan 34 persepsi individu yang dipengaruhi oleh budaya dan nilai-nilai untuk mencapai tujuan hidup, standar dan harapan dalam kehidupan sehari-hari.

Setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapi dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapi dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya. kualitas hidup adalah suatu pandangan umum yang terdiri dari beberapa komponen dan dimensi dasar yang berhubungan dengan kesehatan diantaranya keadaan dan fungsi fisik, keadaan psikologis, fungsi social dan penyakit serta perawatannya dalam (Larasati, 2007).

#### **b. Aspek-Aspek Kualitas Hidup**

Aspek dilihat dari seluruh kualitas hidup dan kesehatan secara umum WHO *quality of Life* (QOL) Group, dalam Larasati, (2007).

- 1) Kesehatan fisik : penyakit dan kegelisah, tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, kapasitas pekerjaan.

- 2) psikologis : perasaan positif, berfikir; belajar; mengingat; dan konsentrasi, self-esteem, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, kepercayaan individu.
- 3) Hubungan sosial : hubungan pribadi, dukungan sosial, aktifitas sosial.
- 4) Lingkungan : kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh ketrampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktifitas dilingkungan, transportasi memang peran yang sangat penting dalam berbagai aktifitas tubuh.

### **c. Dimensi Kualitas Hidup**

Menurut Robert (2007) Walaupun terjadi perbedaan mengenai dimensi kualitas hidup, kebanyakan ahli setuju ada empat sampai lima dimensi *quality of life* (QoL) yang diterima kelima dimensi tersebut yaitu :

- 1) Dimensi fisik adalah kemampuan fungsional seperti tingkat aktivitas, kekuatan energi, perawatan diri dan kesuburan.
- 2) Dimensi psikologis termasuk kepuasan hidup dan pencapaian tujuan hidup, stres, harga diri, mekanisme pertahanan diri, keinginan, depresi dan ketakutan.

- 3) Dimensi sosial menunjukkan bagaimana seseorang menjalin hubungan dengan keluarga, teman, kolega pada pekerjaan, dan masyarakat umum termasuk kepuasan seksual.
- 4) Dimensi somatik berhubungan dengan gejala penyakit dan efek samping perawatan.
- 5) Spiritual adalah menunjukkan pada tujuan dan arti hidup seseorang.

**c. Ruang Lingkup Kualitas Hidup**

Menurut Robert (2007) Secara umum terdapat 5 bidang (domains) yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO (World Health Organization), bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologik, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan, sedangkan secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup adalah sbb :

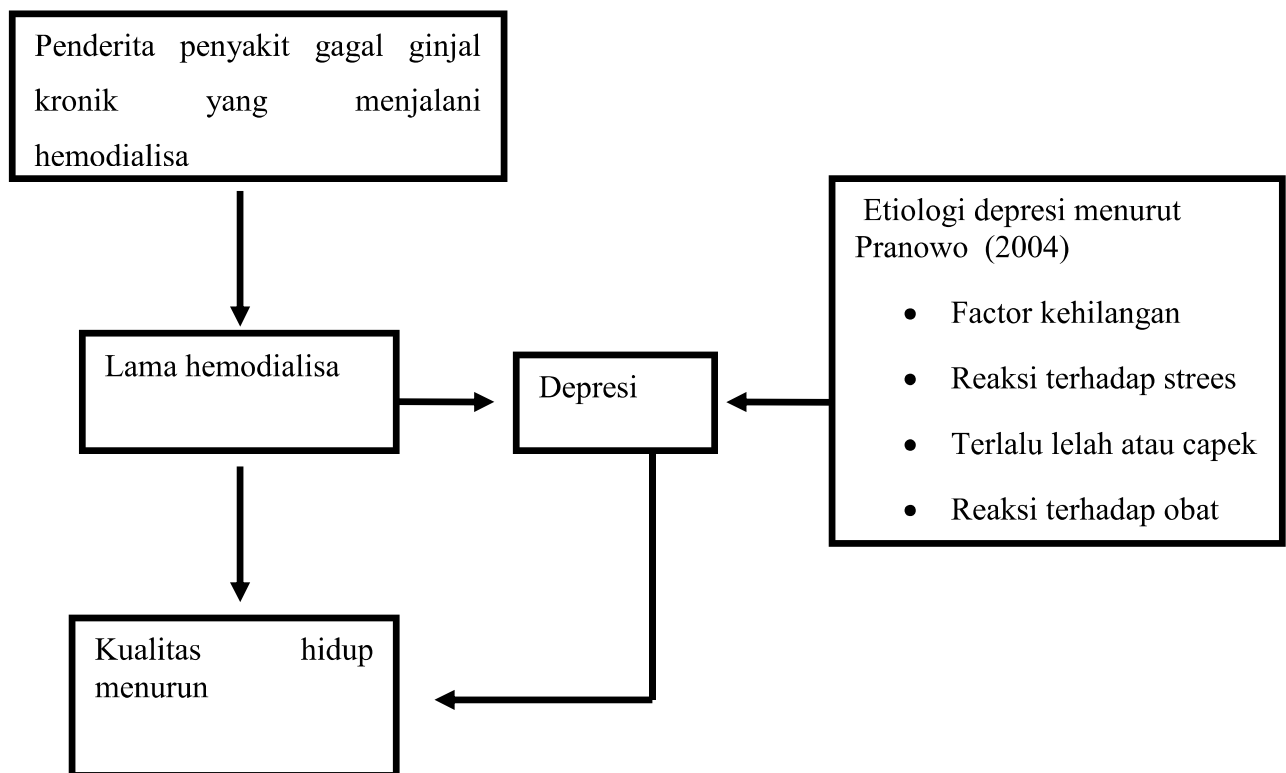
- 1) Kesehatan fisik (*physical health*): kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat.
- 2) Kesehatan psikologis (*psychological health*): cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- 3) Tingkat aktivitas (*level of independence*): mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, kemampuan kerja.
- 4) Hubungan sosial (*social relationship*): hubungan sosial, dukungan sosial.

- 5) Lingkungan (*environment*), keamanan, lingkungan rumah, kepuasan kerja.

**d. Pengukuran Kualitas Hidup**

Menurut Guyatt dan Jaescke yang dikutip oleh Ware dan Sherbournedalam Robert, (2007). Kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan semua domain akan diukur dalam dua dimensi yaitu penikaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan (aksis X) dan persepsi sehat yang lebih subyektif (aksis Y). Walaupun dimensi obyektif penting untuk menentukan derajat kesehatan, tetapi persepsi subyektif dan harapan membuat penilaian obyektif menjadi kualitas hidup yang sesungguhnya. Suatu instrument pengukuran kualitas hidup yang baik perlu memiliki konsep, cakupan, reliabilitas, validitas dan sensitivitas yang baik pula.

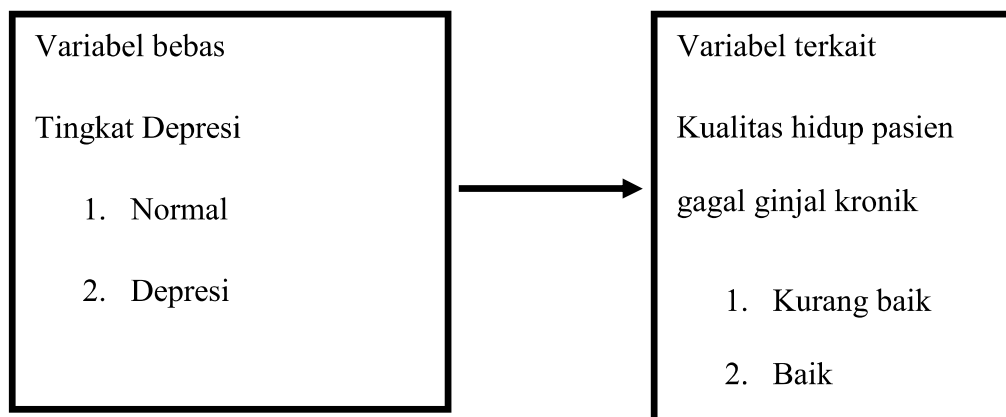
## B. Kerangka Teori



Gambar1. Kerangka teori penelitian

Sumber : dimodifikasi dari Pranowo (2004), Wijaya dan Yessie(2010).

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep penelitian

Sumber : kerangka teori ini dimodifikasi dari teori Yasavage dan SF 36

### D. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis.